



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2019

---

## **Der eigene Tod. Anfragen an ein populäres Sterbeideal**

Streeck, Nina

DOI: <https://doi.org/10.1515/9783110599930-014>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-183177>

Book Section

Published Version

Originally published at:

Streeck, Nina (2019). Der eigene Tod. Anfragen an ein populäres Sterbeideal. In: Mitscherlich-Schönherr, Olivia. Gelingendes Sterben : Zeitgenössische Theorien im interdisziplinären Dialog (Grenzgänge, Band 1). Berlin: DeGruyter, 235-254.

DOI: <https://doi.org/10.1515/9783110599930-014>

Nina Streeck

## Der eigene Tod: Anfragen an ein populäres Sterbeideal

Sterben, wie es uns entspricht: Auf diese Kurzformel lässt sich die gegenwärtig wohl populärste Antwort auf die Frage nach dem guten Tod bringen. Der eigene, der individuelle Weg soll es sein, nicht nur im Leben, sondern auch an dessen Ende. Deshalb wird zu einer zentralen Angelegenheit, über die Umstände seines Ablebens selbst zu entscheiden und diese, so weit als möglich, zu planen und zu gestalten: „Der gute Tod ist heute der Tod, den wir wählen“ (Walter 1994, 2; Übers. NS), konstatierte der britische Thanatosoziologe Tony Walter bereits Mitte der 1990er Jahre. Doch rankt sich das moderne Sterbeideal nicht bloß um die Möglichkeit individueller Entscheidungen; vielmehr schließt sich die Hoffnung an, der Sterbeverlauf möge sich in einer Weise vollziehen, in der die Persönlichkeit eines Menschen zum Ausdruck kommt, ja, es möge sich ein wahrhaft ‚eigener Tod‘ ereignen. Nicht von ungefähr werden die berühmten Verse Rainer Maria Rilkes heute vielfach in Todesanzeigen oder in Sterberatgebern zitiert: „O Herr gib jedem seinen eignen Tod. Ein Sterben, das aus jenem Leben geht, darin er Liebe hatte, Sinn und Not.“ Wem vergönnt ist, sein Sterben zu gestalten, so der Gedanke, macht sich idealerweise zum Autor seiner Sterbegeschichte, handelt darin autonom – und mehr noch, er verwirklicht in dieser finalen Lebensphase ein letztes Mal seine tiefsten Wünsche und folgt seinen ureigenen Überzeugungen. Der gute Tod ist dann nicht bloß der Tod, den wir wählen, sondern in ihm zeigt sich, wie sich jemand versteht und was ihm etwas bedeutet. Mit der Redewendung vom ‚eigenen Tod‘ möchte ich die Idee in Worte fassen, es gebe ein Lebensende, das nach dem Dafürhalten des Sterbenden im emphatischen Sinne zu ihm passt, weil seine Individualität darin ein letztes Mal aufscheint.

Hinsichtlich des ‚eigenen Todes‘ ähneln sich – bei aller Verschiedenheit – die Vorstellungen vom guten Sterben, die das Handeln in der Palliativversorgung und in der Sterbehilfebewegung anleiten; das Handeln in denjenigen Weisen der Sterbebegleitung mithin, die Sterbende heute meistens in Anspruch nehmen und die weithin bekannt sind. In beiden Kontexten möchte man den Einzelnen dabei unterstützen, seinen Sterbeprozess gemäß den eigenen Wünschen zu gestalten, damit sich sein ‚eigener Tod‘ ereignen kann. Und auch in anderer Hinsicht zeigen sich gemeinsame Werte, die sich beispielsweise in der Vorstellung niederschlagen, es sei erstrebenswert, dass der

Sterbende keine Schmerzen leiden müsse, sich mit seinen Angehörigen versöhnen oder den nahenden Tod akzeptieren könne. Doch um Anliegen wie die letzteren – konkret benennbare Ziele, die sich als Attribute eines guten Todes in einer Güterliste führen lassen – soll es hier nicht gehen, sondern um die – in einer gewissen Spannung zu derartigen Auflistungen stehende – Auffassung, es ließen sich keine derartigen allgemeingültigen Faktoren identifizieren, vielmehr bestimme das Individuum selbst darüber, was es für es bedeute, gut zu sterben.<sup>1</sup> Denn dieses Leitbild, ein subjektivistisches Sterbeideal, hat sich in den vergangenen Jahren zunehmend durchgesetzt und entspricht dem verbreiteten Wunsch, sich im Leben möglichst selbst zu verwirklichen und seine höchstpersönlichen Lebenspläne und -projekte zu verfolgen (McNamara 2004).

In der Palliative Care konkretisieren sich die Bemühungen um ein gutes Sterben gemäß der individuellen Wünsche in biopsychosozialspirituellen Angeboten, die dazu beitragen sollen, die Lebensqualität der sterbenden Person zu verbessern, während Sterbehilfeorganisationen in vergleichbarem Zusammenhang mit dem Begriff der Würde operieren, deren Schwinden als Grund für die eigenhändige Lebensbeendigung gilt. In beiden Fällen stellt die Sterbende – und kein Dritter – fest, wodurch ihre Lebensqualität steigt oder erhalten bleibt, beziehungsweise wann ihre Würde verlustig geht.

Wie weit her ist es aber mit dem erklärten Ziel, einem jeden Sterbenden zu seinem ‚eigenen Tod‘ zu verhelfen? Meine Argumentation wird darauf zulau-  
fen, auf problematische Aspekte der Sterbeideale der Palliative Care und der Sterbehilfebewegung hinzuweisen, die sich gerade aus der individualistischen Orientierung ergeben. Obschon der Idee des ‚eigenen Todes‘ ein eigentlicher Freiheitsgedanke zugrunde liegt, denn es soll der sterbenden Person anheimgestellt bleiben, über die Umstände ihres Ablebens zu entscheiden, droht sich die Möglichkeit individueller Einflussnahme auf ihr Sterben in einen Zwang zu verkehren. Das Geschehen erweist sich als paradox: Sterbende, so lautet das Versprechen, können über die Gestaltung ihres Lebensendes selbst bestimmen – doch finden sie sich schließlich in Strukturen vor, die ihren ‚eigenen Tod‘ gerade verhindern, und das, obwohl ebenjenes Ideal nach wie vor hochgehalten wird. Denn in dem Moment, in dem der Einzelne nicht mehr selbst einfordert, seinen Sterbeprozess mitzugestalten, sondern dies als Anspruch von außen an ihn herangelangt, verwandelt sich die ursprünglich zugesagte

---

<sup>1</sup> Dieser Unterscheidung entsprechen subjektivistische und objektivistische Auffassungen des guten Lebens. Zu Theorien des guten Lebens vgl. Fenner (2007) und Steinfath (2011).

Freiheit in eine normative Anforderung, der sich der Betroffene nicht ohne Weiteres zu entziehen vermag.

Um zu verdeutlichen, inwiefern sich im heutigen Umgang mit dem Sterben eine paradoxe Entwicklung abzeichnet, verfare ich wie folgt: zunächst führe ich im allgemeinen aus, wie sich das Ideal des ‚eigenen Todes‘ ausgestaltet, um vor diesem Hintergrund darauf einzugehen, auf welche Weise es die Palliativversorgung und die Sterbehilfebewegung prägt. Meiner Rekonstruktion des Leitbildes lege ich populäre Sterberatgeber und weitere Dokumente aus beiden Kontexten zugrunde, die Eingang in den öffentlichen Diskurs gefunden haben, sowie eine sozialwissenschaftliche Beobachtungsstudie im Hospiz. Bei der Auswahl habe ich mich von zwei Fragen leiten lassen: Wie stellen sich die Gegebenheiten einem Menschen dar, der sich über sein Lebensende Gedanken macht und dem Vorstellungen vom guten Sterben primär durch die Medien entgegenkommen?<sup>2</sup> Und wie übersetzt sich das Sterbeideal – im Falle der Palliative Care – in die Praxis? Daran anknüpfend formuliere ich schließlich einige kritische Anfragen an die Idee, es stürbe gut, wessen Tod dem Ideal des ‚eigenen Todes‘ entspricht.

## 1 Der ‚eigene Tod‘ als postmodernes Sterbeideal

Während Sterben und Tod noch vor nicht allzu langer Zeit mit einem Tabu behaftet waren, zieht das Lebensende mittlerweile starke Aufmerksamkeit auf sich. In Zeitungen und Magazinen erscheinen Geschichten über das Sterben, unheilbar Kranke betreiben Weblogs oder erzählen von ihren Erfahrungen in den sozialen Medien, und Filmemacher begleiten Menschen in den letzten Tagen und Wochen ihres Lebens mit der Kamera. Das Interesse mag auch dem Umstand geschuldet sein, dass religiöse Riten und traditionelle Formen in der Vorbereitung auf den Tod ihre Selbstverständlichkeit einbüßten, weshalb es Betroffenen nun an Orientierung mangelt und ihnen das Erleben anderer hilfreiche Einsichten verspricht.

---

<sup>2</sup> In Fachkreisen findet sich die Überhöhung der Idee des ‚eigenen Todes‘ in ein Leitbild mit normierendem Charakter freilich nur teilweise (so beispielsweise nicht bei Bausewein in diesem Band). Mein Interesse gilt hier allerdings der Frage, welche Sterbeideale einem Menschen begegnen, der sich nicht vertieft und primär über die Medien vermittelt mit dieser Frage auseinandersetzt.

An die Stelle der einstigen traditionell-religiösen Sterbenormen tritt heutzutage eine Vielfalt von Erzählungen, eine wahre „Kakophonie von Stimmen, tausende Skripte, aus denen man auswählen kann“ (O’Mahony 2016, 2; Übers. NS). Die fehlenden Konventionen, wie zu sterben ist, bedeuten mithin, dass der Einzelne nicht umhinkommt, einen Weg für sich zu finden, der ihm entspricht, und somit Entscheidungen über sein eigenes Lebensende zu treffen. Der Tod widerfährt heute kaum jemandem als bloß schicksalhaftes Ereignis, vielmehr vollzieht sich das Sterbegeschehen unter aktivem Zutun des Betroffenen und gestaltet sich als das „letzte Lebensprojekt des individualisierten Individuums“ (Schneider 2014, 67).

Zweierlei steht dabei im Fokus: Zunächst gilt es für denjenigen, der mit der Diagnose einer unheilbaren und absehbar lebensbegrenzenden Krankheit lebt oder der ein hohes Lebensalter erreicht hat, sich darüber Gedanken zu machen, wie er seine verbleibende Lebenszeit verbringen möchte. Schließlich gehört zu den wählbaren – und tatsächlich oft gewählten – Aspekten des Sterbens aber auch der Zeitpunkt des Ablebens, worauf unter anderem die hohe Akzeptanz des assistierten Suizids, die wachsende Mitgliederzahl der Sterbehilfeorganisationen in der Schweiz und die Zunahme der terminalen palliativen Sedierung hindeuten.<sup>3</sup> Während sich die Palliativversorgung im Kern auch darauf richtet, einer sterbenden Person eine möglichst angenehme oder sogar schöne letzte Lebensphase zu verschaffen, kümmern sich Sterbehilfeorganisationen primär um das Geschehen rund um den Übertritt in den Tod selbst.

## 2 Der ‚eigene Tod‘ in der Palliative Care

Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verschafft einen ersten Einblick in das Selbstverständnis der Palliative Care:

---

**3** In meinem Beitrag befasse ich mich mit der Situation in Deutschland und der Schweiz. Gemäß Umfragen des Instituts für Demoskopie Allensbach und des Markt- und Meinungsforschungsinstituts Forsa befürworteten etwa zwei Drittel der befragten deutschen Bürger die ‚aktive Sterbehilfe‘ (Institut für Demoskopie Allensbach 2014, Forsa 2014). Die größte Schweizer Sterbehilfeorganisation Exit zählte am 31. Dezember 2018 nach eigenen Angaben 120117 Mitglieder und begleitete in diesem Jahr 905 Menschen in den Tod (Exit 2019). In der Schweiz erfolgte 2013 in 17,5 Prozent aller Todesfälle eine terminale Sedierung, gegenüber 4,7 Prozent im Jahr 2001 (Bossard et al. 2016). Für Deutschland existieren keine verlässlichen Daten (Klosa et al. 2014).

Palliative Care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. (WHO 2015)

Nicht auf das Sterben richtet sich mithin das palliativmedizinische Wirken, sondern das Leben in Form der Lebensqualität steht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Trotz lebensbedrohlicher Krankheit sollen der Patient und seine Familie die Möglichkeit erhalten, ihr Leben weitgehend frei von Leiden zu führen, indem nicht allein Schmerzen, sondern ebenso weitere körperliche sowie psychosoziale und spirituelle Probleme behandelt werden. Den Palliative-Care-Experten stellt sich das Lebensende mithin als Optimierungsproblem dar: Ihnen kommt die Aufgabe zu, auf das Leben des Sterbenden in einer Weise einzuwirken, dass es ein letztes Mal besser, schöner, lebenswerter wird, eben eine höhere Qualität als ohne den palliativen Zugriff aufweist (Streeck 2016).

Wie sehr eine Steigerungs- und Herstellungslogik das eigene Selbstverständnis prägt, zeigt sich in den Aussagen verschiedener bekannter Figuren im Feld der Palliative Care. So wies bereits Cicely Saunders, die Mutter der modernen Hospizbewegung, als ihr Ziel aus, eine sterbende Person dabei zu unterstützen, „ihr maximales Potenzial auszuschöpfen, bis an die Grenzen ihrer körperlichen Aktivität und mentalen Fähigkeit“ (Saunders 1998, viii; Übers. NS). Die amerikanische Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross entwickelte auf der Basis von rund 200 Interviews mit Sterbenden ein Modell, demzufolge Menschen am Ende ihres Lebens verschiedene Phasen – Nicht-Wahrhaben-Wollen, Zorn, Verhandeln, Depression – durchleben, um zuletzt das Stadium der Akzeptanz des nahenden Todes zu erreichen (Kübler-Ross, 2012). Obschon sie angab, die Phasen seien nicht als Stufen zu begreifen, auf denen der Sterbende hinaufstiege, bezeichnete sie ihr Modell als „Weg optimalen Wachstums und kreativen Lebens“ (Dies. 1975, 163; Übers. NS) – und ebenso fassten dessen Rezipienten es auf, so dass es, bis heute, normierende Wirkung entfaltet und eben dafür auch Kritik erfährt (Gehring 2010, 183f.). Von einer trotz verkürzter Lebenserwartung erwünschten „Entfaltung des menschlichen Potentials“ (Borasio 2014, 123) als Ziel der Palliative Care spricht schließlich der Palliativmediziner und Bestseller-Autor Gian Domenico Borasio, während sein Kollege H. Christof Müller-Busch seinen Patienten „Entwicklungsmöglichkeiten“ (Müller-Busch 2012, 30) bis zu ihrem Tod bieten möchte.

Dabei allerdings behält die Sterbende das letzte Wort. Ganz im Sinne eines – immer populärer werdenden – Abschieds von paternalistischen Handlungsweisen, die lange Zeit die medizinische Praxis prägten, soll Gehör finden, was Patienten selbst als ihrer Lebensqualität zuträglich erachten (Randall/

Downie 2014, 37). Das entspricht auch dem Ansatz der WHO, die Lebensqualität definiert als „an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns“ (WHO 2018).

Die Orientierung an den Wünschen des Sterbenden, heute meistens unter dem Stichwort ‚Patientenzentrierung‘ verhandelt, formte die Philosophie der Palliative Care von Anbeginn (Randall/Downie 2014, 69). Sie nährt sich aus dem Gedanken, den Patienten ihren ‚eigenen Tod‘ ermöglichen zu wollen, was bereits Saunders zum Ausdruck brachte, als sie darlegte, zur Versorgung eines Sterbenden gehöre alles, das ihn dabei unterstütze, „seinen eigenen Weg des Sterbens, seinen eigenen Tod“ (Saunders 1978, 3; Übers. NS) zu finden. Die Individualität der einzelnen Person zu berücksichtigen, hielt sie für unabdingbar für ein gutes Sterben und setzte damit den ‚eigenen Tod‘ als – bis heute gültiges – Leitbild der Hospiz- und Palliativbewegung (Thoreson 2003).

Entsprechend drehen sich die Bemühungen von Hospizmitarbeitern und Palliative-Care-Experten darum, ein dem jeweiligen Individuum gerechtes Sterben zu ermöglichen. Stefan Dreßkes Beobachtungsstudien im Hospiz verdeutlichen, wie sich die Versuche, dem Sterbeideal zu genügen, in die Praxis übersetzen (Dreßke 2005, 2008a, 2008b, 2012). Die vielfältigen Versorgungsangebote gelten dem Anliegen, schreibt Dreßke, einer Person „mit ihrer eigenen Biografie ihren eigenen Tod“ (Dreßke 2012, 115) zu verschaffen, so dass sich das Sterben als „Phase im Lebenslauf [...] mit dem letzten großen Ziel des Selbst-Entwurfs“ (a. a. O., 116) realisiere.

Freilich ließe sich dies ohne die Mitwirkung des Patienten nicht bewerkstelligen. Er muss in der Kommunikation mit seinen Betreuungspersonen zu erkennen geben, was ihm etwas bedeutet, wie er sich selbst versteht und worin seine Gewohnheiten, Interessen oder Abneigungen bestehen. So reicht die palliative Anamnese heute weit über die bloße Aufnahme von Krankheitsdaten hinaus und umfasst ebenso die Erhebung der Biografie, der musikalischen Vorlieben oder der Wünsche bezüglich der Körperpflege und der Ernährung (Student/Napiwotzky 2007, 39). Nach Dreßkes Beobachtung wendet das Pflegepersonal einige Energie auf, um in Erfahrung zu bringen, wie sich ein Hospizbewohner selbst versteht und was er als bedeutungsvoll erachtet (Dreßke 2012, 115). Indem die Pflegenden an Alltägliches wie das Liebessessen oder die Gegenstände auf dem Nachttisch anknüpfen und dem Bewohner auf der Basis von Deutungen seines Verhaltens bestimmte Charaktereigenschaften zusprechen, kann er sich als Mensch „mit eigener Biografie und Identität“ (Dreßke 2008a, 108) präsentieren, tritt somit als Individuum in Erscheinung und bleibt kein namenloser Patient.

Damit sich das palliative Behandlungs- und Betreuungsangebot individuell zugeschnitten zum Einsatz bringen lässt, ist der Patient gefragt, sich zum „Regisseur seines Sterbens“ (Dreßke 2008b, 19) aufzuschwingen, also das Drehbuch für sein eigenes Sterben selbst zu bestimmen und auszugestalten. Ihm kommt es zu festzulegen, welche Behandlungen und Therapien er in Anspruch nehmen möchte, ob er psychologische Betreuung oder die Beratung eines Sozialarbeiters wünscht und wie es mit seinen Bedürfnissen nach seelsorglichem Beistand aussieht. Entsprechend ermutigen Palliativversorger ihre Patienten, „ihre eigenen Skripte für das Sterben zu schreiben, ebenso wie sie es für das Leben tun“ (Walter 2003, 218; Übers. NS). Den ‚eigenen Tod‘ zu sterben, bedeutet nach diesem Verständnis, auf das Sterbe geschehen aktiv Einfluss zu nehmen und es möglichst zu kontrollieren, denn die Lebensqualität ließe sich nicht steigern, bliebe der Betroffene passiv und enthielte sich der Sterbeplanung.

Um dem Einzelnen und seinen Vorstellungen hinsichtlich seiner Lebensqualität zu entsprechen, kommt eine holistische Herangehensweise zum Tragen. Nicht bloß der körperlichen, sondern ebenso der psychischen, der sozialen und der spirituellen Dimension einer Krankheit schenken Palliativversorger ihre Aufmerksamkeit und schaffen entsprechend ein umfassendes biopsychosozialspirituelles Behandlungs- und Betreuungsangebot. Cicely Saunders' berühmtes Konzept des „totalen Schmerzes“, den sie als einen „Komplex körperlicher, emotionaler, sozialer und spiritueller Elemente“ (Saunders 1996, 1600) definierte, findet hier seinen Ausdruck: Weil sich Schmerzen nicht bloß auf ein somatisches Leiden reduzieren lassen, bedürfen auch dessen übrige Dimensionen der Behandlung. Daran schließen sich die Handlungsanweisungen der European Association of Palliative Care (EAPC) an die Palliativversorger an:

Palliative care is the *active, total care* of the patients whose disease is not responsive to curative treatment. Palliative care takes a holistic approach, addressing the physical, psychosocial and spiritual care, including the treatment of pain and other symptoms.

(EAPC 2018, Hervorh. NS)

Als entscheidende Voraussetzung für die Möglichkeit, dem sterbenden Patienten eine umfassende Palliativversorgung – „active, total care“ – angedeihen zu lassen, erweist sich dabei, dass derjenige um seine infauste Prognose weiß (Göckensjan 2008, 3483). Ein Bewusstsein des nahenden Todes bedarf es ebenso wie der offenen Kommunikation, formuliert es programmatisch die Palliativmedizinerin Petra Anwar: „Um aber unser Sterben so zu gestalten, wie es uns entspricht, müssen wir darüber reden. Wir müssen lernen, das Sterben zu einem unserer Lebensthemen zu machen“ (Anwar/von Düffel 2014, 9). Verdrängt ein



Patient hingegen seinen Zustand, stellt er die Palliativversorger vor Probleme, denn sie können allenfalls ihre medizinische Expertise anbringen, laufen jedoch mit ihrem psychosozialen und spirituellen Programm ins Leere. Infolgedessen lässt sich aus ihrer Sicht trefflich von einer „Tugend des offenen Bewusstseins des Sterbens“ (Seale 1995, 600; Übers. NS) sprechen. Die Möglichkeit zur Verwirklichung des „eigenen Todes“ fußt mithin auf drei Bedingungen: 1. Der Arzt muss seinen Patienten darüber aufklären, wie es um ihn steht; 2. der Sterbende muss seinen Betreuern mitteilen, was er sich wünscht und wie er fühlt; und 3. sind diese aufgefordert, ihm und seinen Wünschen Gehör zu schenken (Walter 1994, 31).

Ausdeuten lässt sich das Wechselspiel zwischen Palliativversorgern und ihren Patienten anhand des Begriffs der Sterberolle.<sup>4</sup> Die Praktiken im Hospiz und auf Palliativstationen zielen auf die Zuschreibung einer solchen Rolle, die das Bewusstsein des nahenden Todes umfasst (Field 1996, 255). Das Personal wirkt dabei darauf hin, dass sich der Sterbende als solcher versteht. Ein Mensch übernimmt die Rolle eines Sterbenden jedoch nicht einfachhin, weil er die Diagnose einer unheilbaren, fortschreitenden Krankheit erhält, vielmehr handeln der Betroffene und sein Umfeld diese Rolle in fortwährenden Interaktionen erst aus. Der Sterbende muss mithin selbst willens sein, die Sterberolle auszufüllen (Dreßke 2012, 106). Damit verbinden sich für ihn Rechte ebenso wie Pflichten: Den gewohnten Alltag darf er hinter sich lassen, seine Wünsche und Bedürfnisse finden besondere Berücksichtigung, seine Symptome werden behandelt und er erfährt die Zuwendung seiner Angehörigen (Göckenjan/Dreßke 2002, 84). Allerdings verpflichten ihn diese Rechte auch, denn ihm wird nicht nur zugestanden, sondern es wird erwartet, dass er sich dergestalt verhält, also seine Wünsche äußert und sich umsorgen lässt, kurzum, die Bemühungen um die Verbesserung seiner Lebensqualität begrüßt. Soll sich der ‚eigene Tod‘ im Sinne der Palliative Care verwirklichen, bedarf es mithin des Zusammenspiels von Palliativversorgern und dem Patienten: Jene liefern die Mittel zur biopsychosozialspirituellen Sterbegestaltung, dieser dirigiert die individuell zu ihm passende Anwendung des palliativen Programms.

---

<sup>4</sup> Die Idee einer eigenen Sterberolle lehnt sich an Talcott Parsons' Konzept der Krankenrolle an, demzufolge ein Kranker die üblichen Rollenerwartungen wegen seiner Krankheit nicht mehr erfüllt. Als Kranker ist er befreit von seinen normalen sozialen Verpflichtungen und muss beispielsweise nicht arbeiten gehen, zugleich wird von ihm aber erwartet, am Gesundungsprozess mitzuwirken und etwa einen Arzt aufzusuchen oder das Bett zu hüten; ihm kommen also Rechte ebenso wie Pflichten zu (Parsons 1951).

### 3 Der ‚eigene Tod‘ in der Sterbehilfebewegung

Nicht allein im Feld der Palliative Care findet das Leitbild des ‚eigenen Todes‘ Anklang, sondern ebenso – freilich in abgewandelter Form – in der Sterbehilfebewegung. Während vor allem von dem umfassenden Versorgungsangebot („active, total care“) zur Verbesserung der Lebensqualität hört, wer sich in den Medien über Palliative Care informiert, prägt die andauernde Auseinandersetzung um die moralische Statthaftigkeit der Suizidassistentz<sup>5</sup> das öffentliche Bild der Sterbehilfe. Das Schlagwort, um das sich die Debatten primär ranken, lautet Selbstbestimmung; zunehmend verwandelt sich der Ausdruck „selbstbestimmtes Sterben“ dabei in ein Synonym für den assistierten Suizid.<sup>6</sup>

Als gutes Sterben gilt also das selbstbestimmte, so dass sich das Eigene des ‚eigenen Todes‘ im Kontext der Sterbehilfe realisiert, indem eine Person über den Zeitpunkt ihres Ablebens entscheidet, wohingegen – anders als in der Palliative Care – die optimale Gestaltung der letzten Lebensphase wegfällt, beziehungsweise sich allenfalls auf die letzten Lebenstage und -stunden konzentriert. Gleichwohl spielt auch hier die Lebensqualität eine Rolle, ob schon unter umgekehrtem Vorzeichen: Sie droht sich ins Negative zu verkehren, womit einer Person ihre Würde verlustig geht. Wo Palliativversorger davon sprechen, jemandes Lebensqualität verbessern zu wollen, heißt es in der Sterbehilfebewegung in vergleichbarem Zusammenhang, man bewahre Menschen davor, ihre Würde zu verlieren und deswegen einen unwürdigen Tod zu erleiden. An die Stelle der Lebensqualität tritt begrifflich die Würde, die in den Verlautbarungen von Sterbehilfediskussionen ebenso wie im öffentlichen Diskurs großen Raum einnimmt.

Wenngleich prima facie mit der Würde eines Menschen mehr auf dem Spiel zu stehen scheint als bloß eine Einbuße an Lebensqualität, werden unter den beiden Begriffen ähnliche Lebensumstände und Sachverhalte verhandelt, etwa Schmerzen und andere körperliche oder seelische Beschwerden. So gibt der Schweizer Sterbehilfeverein Dignitas an, Beihilfe zum Suizid zu leisten, wenn sich eine Verbesserung der Lebensqualität nicht erreichen lasse (Dignitas 2014, 28). Für beide, Sterbehelfer wie Palliativversorger, lässt sich konstatieren, dass

<sup>5</sup> Allein auf diese Form der Sterbehilfe gehe ich ein, da sie in der Schweiz legal und in Deutschland Gegenstand andauernder Debatten ist. Auf weitere begriffliche Differenzierungen verzichte ich; wenn von ‚Sterbehilfe‘ die Rede ist, beziehe ich mich damit auf den assistierten Suizid.

<sup>6</sup> Das Erste Deutsche Fernsehen kündigte z. B. einen Themenabend über Sterbehilfe am 2.10.2017 unter dem Titel „Selbstbestimmtes Sterben“ an. Vgl. neben zahlreichen weiteren Beispielen auch Der Spiegel (2014) oder Die Zeit (2014).

„das schlimmste Übel [...] eine schlechte Lebensqualität“ (Hurst/Mauron 2006, 110; Übers. NS) ist.

Bewahren lässt sich im Falle der nachlassenden Lebensqualität nach Auffassung der Sterbehelfer allerdings noch die Möglichkeit eines würdigen Sterbens. Neben der Selbstbestimmung avanciert die Würde damit zu den richtungsweisenden Konzepten der Sterbehilfeorganisationen: Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) stellt das Begriffspaar „Menschenwürde und Selbstbestimmung“ (DGHS 2015, 11) in den Mittelpunkt ihrer Philosophie, die Schweizer Suizidhilfeorganisation Exit rechnet „Menschenwürde und das Selbstbestimmungsrecht“ zu ihren „zentralen Begriffen“ (Exit 2017, 7), und der zweitgrößte Schweizer Sterbehilfeverein Dignitas trägt die Würde gleich im Namen.

Ähnlich wie Lebensqualität in der Palliative Care als etwas verstanden wird, das der Einzelne für sich höchstpersönlich bestimmt, folgt die Sterbehilfebewegung einem subjektiven Würdebegriff. Von einem „Verstoß gegen die Menschenwürde, wenn sie über die Köpfe der betreffenden Personen hinweg definiert würde“ (Arnold 2014, 207), spricht etwa der Arzt und Sterbehilfeverfechter Uwe-Christian Arnold in seinem „Plädoyer für das selbstbestimmte Sterben“; sein Kollege Michael de Ridder vertritt die Meinung, „nur der einzelne Mensch [...] ist befugt, darüber zu befinden, was seine Würde ausmacht“ (de Ridder 2010, 197). Sinkt sie unter eine individuell verfügte Schwelle, so der Gedanke, lohnt sich das Weiterleben nicht mehr und der Einzelne kann einen assistierten Suizid in Angriff nehmen. Während der palliativ versorgte Patient mithin definiert, was er unter Lebensqualität versteht und wie er seinen Sterbeprozess gestalten möchte, so bestimmt derjenige, der Assistenz beim Suizid beansprucht, wann die Würde aus seinem Leben gewichen und deswegen der Zeitpunkt gekommen ist, aus dem Leben zu scheiden. Weil nichts mehr bleibt, das es zu verbessern gäbe, tritt an die Stelle einer facettenreichen Sterbegestaltung nun die Sterbeplanung: die Gestaltungsmöglichkeiten verengen sich gegenüber dem palliativ begleiteten Sterben, so dass der Sterbende sein Augenmerk primär auf den Augenblick des Ablebens richtet und nicht auf eine mehr oder weniger lange währende Lebensphase zuvor.

Im Selbstbestimmen über den Tod kommt nach Auffassung der Sterbehilfeverfechter bereits insofern etwas vom Eigenen heutiger Menschen zum Ausdruck, als diese gewohnt seien, über die Umstände ihres Lebens selbst zu entscheiden. Ihr Leben lang trafen sie demnach eigenständige Entscheidungen, weshalb sie sich, so heißt es in einer Informationsbroschüre von Exit, nicht „ausgerechnet beim Sterben dreinreden lassen oder zu würdeloser Bittstellerei gezwungen werden“ (Exit 2017, 15) wollten. Der ‚eigene Tod‘ ist allein deshalb

schon der selbst verfügte, weil die Fähigkeit zur Selbstbestimmung gleichsam eine Facette der Persönlichkeit moderner Menschen darstellt.

Selbst über sein Sterben zu bestimmen, bedeutet nun allerdings nicht, zwischen verschiedenen Möglichkeiten auszuwählen, denn die Option, den Tod ohne eigenes Zutun auf sich zukommen zu lassen, gehört nicht zu den Alternativen, die dem Sterbenden zur Wahl stünden.<sup>7</sup> Vielmehr heißt es nach diesem Verständnis: Kontrolle ausüben. Wer seinen Suizid plant, stellt sicher, dass alles gemäß den eigenen Vorstellungen läuft, und wem es im emphatischen Sinne etwas bedeutet, den Zeitpunkt und die Art seines Todes zu kontrollieren, dessen ‚eigener Tod‘ verwirklicht sich gerade in dieser spezifischen Weise der Selbstbestimmung. Deswegen bezeichnet de Ridder den Suizid unter gewissen Umständen als einen „Akt letzter Selbstbehauptung“ (de Ridder 2010, 277), obwohl sich eine Person damit selbst auslöscht. Und nicht umsonst nennt die DGHS ihr Motto „Mein Wille. Mein Weg“ (DGHS 2015, 3).

Ähnlich wie in der Palliative Care vollzieht sich ein Sterben in eigener Regie, und der Einzelne macht es zu seinem letzten Lebensprojekt, sein Ableben vorzubereiten. Die Sterbeplanung konzentriert sich auf das Wann, den Zeitpunkt, und das Wie, das sich nun allerdings bloß auf die Todesart, nicht aber auf den gesamten Sterbeprozess bezieht. Da die Lebensqualität bereits unwiederbringlich zunichte ist, weshalb ein Weiterleben notwendig der Würde entbehrt, ergäben Versuche, diese zu steigern, keinen Sinn mehr.<sup>8</sup> Im Gegenteil lässt sich die Würde allein erhalten, indem man sein Leben beendet, weshalb das Angebot der Unterstützung eben darauf zielt. Jemandem beim Suizid zu assistieren bedeutet dann, einen Akt der Erlösung zu vollziehen (de Ridder 2012, 32).

Während Palliative-Care-Experten davon ausgehen, sie könnten die Lebensqualität ihrer Patienten verbessern, indem sie ihnen eine umfassende biopsychosozialspirituelle Versorgung angedeihen lassen und damit die wesentlichen Dimensionen des Lebens abdecken, konkretisieren vergleichbar die Sterbehilfeorganisationen, welche Lebensumstände die Würde eines Menschen bedrohen: Bei Exit wird Beihilfe zum Suizid versprochen, wenn die Vereinsmitglieder „wegen schwerer körperlicher Krankheit, Behinderung oder vielfältigen Altersbeschwerden so sehr leiden, dass sie in ihrer Existenz keinen Sinn mehr sehen“ (Exit 2017, 24), bei Dignitas ist die Rede davon, dass der Sterbewillige „an einer unfehlbar zum Tode führenden Krankheit oder an einer unzumutbaren

---

<sup>7</sup> Selbst zu bestimmen umfasst demnach nicht die Möglichkeit, zu bestimmen, „sich bestimmen zu lassen“ (Seel 2002, 184).

<sup>8</sup> Allerdings betonen die Schweizer Sterbehilfeorganisationen, dass sie Interessenten an einem assistierten Suizid auf die Möglichkeit einer palliativen Versorgung aufmerksam machen (Exit 2017, Dignitas 2014).

Behinderung oder nicht beherrschbaren Schmerzen leidet“,<sup>9</sup> und die DGHS möchte „den Menschen ein unerträgliches und sinnloses Leiden ersparen und ihnen auch beim Sterben ihre Menschenwürde erhalten“. <sup>10</sup> Es deutet sich an, dass zwar körperliche Faktoren für die Würde eines Menschen offenbar die entscheidende Rolle spielen, doch auch der Lebenssinn sowie ein unspezifisches „unerträgliches Leiden“, das sich auch als psychisches auffassen lässt, kommen zur Sprache.

Wie der palliativ versorgte Patient, der seinen ‚eigenen Tod‘ sterben möchte, macht sich auch derjenige, dem ein assistierter Suizid vorschwebt, sein nahendes Lebensende bewusst. Wo jener allerdings infolgedessen kommuniziert, welches Programm der Sterbeverbesserung er wünscht, tritt dieser als Rebell gegen seinen körperlichen Verfall hervor. Das Bewusstsein stellt nicht die Voraussetzung für eine Lebensqualitätsoptimierung dar, sondern der Betreffende stirbt „vorzugsweise in einem Zustand vollen Bewusstseins [...], um mit Würde sterben zu können“ (van Brussel/Carpentier 2012, 496; Übers. NS). Auch hier gehört zu den Bedingungen des ‚eigenen Todes‘, dass die Mitmenschen den Sterbenden über seinen Zustand informieren und ihm die Möglichkeiten der Sterbegestaltung aufzeigen, zu denen nun ebenso der assistierte Suizid zählt. Auch er muss seine Wünsche äußern und damit auf Gehör stoßen, genauer: mit dem Wunsch, das eigene Ableben zum Erhalt der Würde selbstbestimmt zu planen, um gut sterben, also den ‚eigenen Tod‘ verwirklichen zu können.

## 4 Der ‚eigene Tod‘: Gemeinsamkeiten der Sterbeideale

Blickt man zurück auf die Anfangszeit der modernen Hospiz- und Palliativbewegung sowie der Sterbehilfebewegung, sticht bereits eine erste Gemeinsamkeit ins Auge: Beide Gruppierungen wandten sich gegen ein hochtechnisiertes Medizinsystem, in dem selbst in aussichtslosen Lagen noch versucht wurde, das Leben eines Menschen zu retten – was nach deren Auffassung allein dazu führte, ihm einen unwürdigen, qualvollen Tod zu bescheren. Weniger Technologie und weniger Paternalismus, lautete die von beiden Seiten geteilte Forderung. Doch nicht bloß die Kritik an einer inhumanen Apparatedizin macht

<sup>9</sup> [http://www.dignitas.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20&Itemid=60&lang=de](http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=60&lang=de) (abgerufen am 3.4.2018).

<sup>10</sup> <https://www.dghs.de/ueber-uns.html> (abgerufen am 3.4.2018).

die Bewegungen zu „Produkten derselben kulturellen Geisteshaltung“ (Walters 2004, 406; Übers. NS), sondern auch ihre Orientierung an einer Kultur des Individualismus: Die Überzeugung, dass gut stirbt, wem ein Sterben gemäß der eigenen Vorstellungen und Wünsche vergönnt ist, teilen sie. Oder in den Worten Tony Walters: „Despite the battles over euthanasia, both sides believe that the good death is one where the dying person does it their own way“ (Walter 1994, 30).

Dazu gehört auch die beiderseits gepflegte „Leidenschaft für personale Autonomie: für Kontrolle“ (O'Mahony 2016, 180; Übers. NS), was im Falle der Palliative Care primär bedeutet, Ort und Umstände des Sterbeprozesses zu bestimmen, während es beim assistierten Suizid darum geht, Zeitpunkt und Weise des Ablebens zu kontrollieren. In beiden Fällen hängt es entscheidend vom – selbst bestimmenden und gestaltenden – Einzelnen ab, ob er gut stirbt in dem Sinne, dass sich sein ‚eigener Tod‘ verwirklicht, denn er muss sein Schicksal selbst in die Hand nehmen und vielfältige Aktivitäten der Sterbeplanung entfalten (Kellehear 2009, 2f.). Das Lebensende gilt in der Palliativ- wie in der Sterbehilfebewegung als Projekt (Gronemeyer/Heller 2014, 53). Und schließlich vollendet ein „gut gemanagtes Sterben als Teil des gut gemanagten Lebens“ (Kellehear 2007, 249; Übers. NS) das Dasein eines Menschen. Auf diese Weise verwandelt sich ein einst schicksalhaftes Geschehen in eine „Sache [...] wie andere auch: Urlaubsentscheidung, Wohnsitz- und Berufswahl“ (Gehring 2012, 295). Als Angelegenheit eigener Wahl aufgefasst, geht der Tod in die Verantwortung des Einzelnen über, während Palliativversorger und Sterbehelfer in „individualisierenden Inszenierungen des Sterbens“ (Göckenjan/Dreßke 2002, 89) am Projekt ‚eigener Tod‘ mitwirken. Die Artikulation des eigenen Willens gerät dabei zu einer Anforderung, der sich der Sterbende nur schwerlich zu entziehen vermag (Woods 2007, 48).

Der Gedanke, ein Sterben mit einem eigenen, unverwechselbaren Stil, „dying with panache“ (Walters 2004, 408), sei wünschbar, eint die beiden Bewegungen, wobei sich im subjektiven Verständnis der Lebensqualität beziehungsweise der Würde ausdrückt, was den Stil einer Person charakterisiert. Dazu passend zeigen empirische Studien, dass die Menschen von heute höchst individuelle Vorstellungen pflegen, wie zu sterben gut sei (Meier et al. 2016).

## 5 Anfragen an das Ideal des ‚eigenen Todes‘

Nun lässt sich gegen das Anliegen, einem Menschen, soweit möglich, dazu verhelfen, so zu sterben, wie es ihm entspricht, auf den ersten Blick nichts einwenden. Doch obschon Palliative Care und Sterbehilfebewegung einem emanzipatorischen

Anliegen erwachsen, kam es im Laufe der Jahre zu Entwicklungen, die dem ursprünglichen Bestreben zuwiderlaufen. Zwar traten beide in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts an, Sterbende aus den Fängen eines paternalistischen Medizinsystems zu befreien, doch bringen die Popularisierung des Sterbeideals und die institutionelle Verankerung des veränderten Umgangs mit dem Lebensende mittlerweile neue Zwänge mit sich. Sie konterkarieren das eigentliche Bemühen, sterbenden Patienten größere Freiheiten in der Gestaltung ihres Lebensendes zu ermöglichen.

Obwohl das Ideal des ‚eigenen Todes‘ nach wie vor hochgehalten wird, droht sich derweil in einen Imperativ zu verkehren, dieses Leitbild zu erfüllen: Der Sterbende sieht sich aufgefordert, sich um seinen ‚eigenen Tod‘ selbst kümmern und ein entsprechendes gutes Sterben hinkriegen zu müssen. In neuem Gewand erhalten somit paternalistische Strukturen Einzug, Autonomieverluste sind die Folge. Der frühere Sinn des Ideals geht dabei verloren, denn nun bestimmt nicht mehr das Individuum über die letzte Phase seines Lebens, vielmehr gehorcht es einem Sterbegestaltungszwang (Gronemeyer/Heller 2014, 53). Das Versprechen von Palliativversorgern und Sterbehelfern, einem jeden bei der Verwirklichung eines individuell passenden Lebensendes zu unterstützen, bleibt dann hohl, denn der ‚eigene Tod‘ ist keiner, wenn sich der Einzelne zu dessen Herstellung gezwungen sieht.

Fassen lässt sich dieses Phänomen mit Axel Honneths Gedanken einer „Verkehrung von Idealen in Zwänge“ (Honneth 2002, 155), die sich ereignet, sobald nicht mehr das Individuum selbst einfordert, sich verwirklichen zu können, sondern dieser Anspruch von außen an es herangelangt. Die Entwicklung stellt sich als paradox dar: Traten ursprünglich Reformgruppen und soziale Bewegungen mit dem emanzipatorischen Anspruch an, wider als unfrei empfundene Strukturen ein neues, freimachendes Ideal stark zu machen, wandelt sich dieses im Zuge seiner gesellschaftlichen Durchsetzung und Institutionalisierung. Die Bemühungen um Verbesserung entfalten eine selbstdestruktive Dynamik, so dass die erstrebenswerte Norm schließlich ihren Freiheitscharakter verliert und womöglich sogar dazu dient, gesteigerte Autorität und Kontrolle zu rechtfertigen (Honneth/Sutterlüty, 2011). Honneth schildert eine solche Entwicklung mit Blick auf die moderne Arbeitswelt anhand der Idee der Selbstverwirklichung: Einst dem reformerischen Impetus der 1968er-Bewegung erwachsen, eröffneten sich zunächst neue Möglichkeiten individueller Lebensgestaltung, doch wichen diese allmählich „institutionalisierten Erwartungsmustern“ (Honneth 2002, 146), sich in origineller Weise selbst zu verwirklichen und damit einen Lebensstil zu pflegen, der sich auf dem gegenwärtigen Arbeitsmarkt als Quelle von Produktivität erweist. Unter dem Druck, sich dieser Ideologie zu unterwerfen, leiden



schließlich die Individuen und zeigen „Symptome innerer Leere, Sich-Überflüssig-Fühlens und Bestimmungslosigkeit“ (ebd.).

Nun geriet die Hospiz- und Palliativbewegung bereits in den 1980er Jahren in Verdacht, im Zuge einer neuen Medikalisierung, Institutionalisierung und Normierung des Sterbens ihre ursprünglichen Ideale zu verraten. Kritiker bemängelten, dass Sterbende sich der Erwartung ausgesetzt sähen, bestimmte Vorgaben zu erfüllen, etwa – ganz im Sinne des Modells von Kübler-Ross – zu Akzeptanz und innerem Frieden zu finden oder sich mit der Familie auszusöhnen. Der Sterbehilfebewegung schlug sogar von Anbeginn Widerstand entgegen, der, neben anderem, auch der Sorge entsprang, das Leben mit einer schweren Krankheit oder einer Behinderung werde als lebensunwert und unwürdig klassifiziert und die Beihilfe zum Suizid könne sich in absehbarer Zeit auf einen größeren Personenkreis ausweiten. Diese frühen Einwände gegen die Palliativ- und die Sterbehilfebewegung richteten sich darauf, dass sie dem sterbenden Individuum mehr oder weniger unausgesprochen eben doch abverlangten, sein Leben bestimmten Maßstäben entsprechend abzuschließen, sie ihm also paternalistisch eine spezifische Sterbform oktroyierten. Statt dass der Einzelne frei über sein Sterben entscheiden kann, sieht er sich, dieser frühen Kritik zufolge, mit der Anforderung konfrontiert, einen eng definierten ‚guten Tod‘ zu verwirklichen.

Während damals bezweifelt wurde, dass der Tod, um als ein guter zu gelten, ein Reihe von Merkmalen aufweisen müsse, ohne dass die diesbezüglichen Vorstellungen des Sterbenden Gehör fanden, zielt meine Anfrage an die gegenwärtigen Sterbeideale auf einen grundlegend anderen Punkt. Zwar darf der Einzelne vermeintlich seine eigenen Ideen von einem guten Sterben entwickeln, doch geht seine Freiheit verlustig, wenn er sich gezwungen sieht, sich mit seinem Lebensende auseinandersetzen und die Sterbeplanung in Angriff nehmen zu *müssen*.

Nun lässt sich ein unmittelbar wirksamer Zwang allerdings nur schwerlich feststellen, vielmehr entfaltet das Sterbeideal seinen Druck auf mehr oder weniger subtile Weise: Wenn die Autoren von Sterberatgebern, Vertreter der Sterbehilfeorganisationen und Palliativmediziner in Talkshows auftreten oder Zeitungskommentare verfassen, verfolgen sie das Anliegen, ihre Auffassung des guten Sterbens zu verbreiten, also in einem gewissen Maße normsetzend zu wirken. Auch in Dokumentarfilmen oder Zeitungsartikeln schwingen ähnlich präskriptive Untertöne mit. Ein gestaltetes Sterben – sei es das palliativ begleitete, sei es ein assistierter Suizid – erscheint darin als schön und friedlich, die Protagonisten treten als Vorbildfiguren auf. Und schließlich demonstrieren Plakataktionen, wie sie die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben unter dem Motto „Mein Ende gehört mir“ im Jahr 2014 landesweit



durchführte, für was für ein Lebensende sich ein kämpferischer Einsatz lohnt. Die transportierten Bilder prägen die Vorstellungswelten der Zuhörer und Leser; Vorstellungswelten, die aufgrund des Mangels an traditionellen Umgangsformen mit dem Sterben womöglich nur dürftig ausgekleidet sind.

Zudem erfolgt der Kontakt mit gegenwärtigen Sterbeidealen in institutionalisierten Zusammenhängen. Konzepte wie die Verbesserung der Lebensqualität, Kübler-Ross' Phasenmodell oder das Recht auf Selbstbestimmung thematisieren das Sterben in Begriffen der Steigerung, des Wachstums und der Planung, was sich in einen Erwartungsdruck an Sterbende übersetzen kann, wenn deren Umfeld den Sterbeprozess in dieser Weise auffasst und das entsprechende Begleitprogramm wie selbstverständlich durchführen möchte. Wer in der Palliative Care tätig ist, lernt ebendies: In Lehrbüchern der Palliative Care erfahren Gesundheitsfachleute und Lernende in den Medizinberufen, wie sich die Lebensqualität durch „total care“ steigern und innere Reifung im Sinne des Phasenmodells erreichen lässt.<sup>11</sup> Und schließlich beginnt ein Krankenhausaufenthalt heute mit der Frage, ob man eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht erstellt, sich also über sein mögliches Ableben Gedanken gemacht und Vorkehrungen getroffen habe.

Die Beispiele verdeutlichen, wie die Institutionalisierung des Anspruchs auf den ‚eigenen Tod‘ dazu beiträgt, dass sich Sterbeideale in -gebote zu verwandeln drohen. Nicht zuletzt beeinflussen darüber hinaus die Angehörigen, wie sich die letzte Lebensphase und der Tod einer Person gestalten. Dass sich ein Mensch aus ihrer Mitte verabschiedet, bedeutet für die Zurückbleibenden, einen Ausgliederungsprozess zu vollziehen (Schneider 2014). Ihnen steht ein Leben ohne den Versterbenden bevor, auf das sie sich vorbereiten müssen. Dabei kommt es für sie entscheidend darauf an, den „Glauben an die Sinnhaftigkeit ihres Weiterlebens in ihren gesellschaftlichen Bezügen“ (A. a. O., 60) nicht zu verlieren, der durch die Zerstörung menschlicher Beziehungen und die Infragestellung der bisherigen Ordnung in Gefahr gerät. Den Überlebenden ist deswegen an einem guten, als sinnhaft deutbaren Sterben gelegen, und die Vermutung liegt nahe, dass sie den ‚eigenen Tod‘ als ein solches verstehen können, artikulieren sich in ihm doch individualistische Wertüberzeugungen, die heutzutage gemeinhin Anklang finden. Wer sich seinen ‚eigenen Tod‘ wünscht, vermag mithin dazu beizutragen, dass seine Angehörigen seinem Sterben einen Sinn abringen können, was einem typischen Anliegen Sterbender entspricht (Bausewein et al. 2013).

Verschiedene Faktoren lassen es mithin plausibel erscheinen, im gegenwärtigen Sterbeideal des ‚eigenen Todes‘ eine Sterbenorm zu erkennen, der zu

---

11 Vgl. beispielsweise Student/Napiwotzky (2007) oder Bausewein/Roller/Voltz (2015).

entsprechen sich Menschen am Lebensende aufgefordert sehen. Mediale Verbreitungen, institutionalisierte Praktiken im Umgang mit dem Tod sowie die gemeinschaftlichen Interessen der Zurückbleibenden führen dazu, dass sich in den Köpfen der Beteiligten eine bestimmte Vorstellung festsetzt, wie zu sterben (gut) sei, die zwingenden Charakter entfalten kann. Das Ideal bleibt dabei nicht unangetastet, wenn es in Begleitangebote gegossen oder für Informationsbroschüren und Lehrbücher aufbereitet wird, damit es sich institutionell handhaben lässt. Im Zuge seiner Verkehrung in ein praxisleitendes Gebot wandelt sich vielmehr sein Charakter: Als das Eigene des ‚eigenen Todes‘ gilt allein, was sich in Begriffen einer biopsychosozialspirituell definierten Lebensqualität oder einer als Kontrolle verstandenen Selbstbestimmung fassen lässt. Der Sterbende bekommt es mithin nicht bloß mit einem Sterbeplanungsimperativ, sondern mit einer von der Palliativversorgung und den Sterbehilfeorganisationen geprägten Auffassung des ‚eigenen Todes‘ zu tun. Zwar soll er zum Ausdruck bringen, was ihm etwas bedeutet und wie er sich selbst versteht, doch hat dies in einer Form zu geschehen, die nicht er sich aussucht. In seiner gegenwärtigen Gestalt, geprägt durch Palliative Care und Sterbehilfeorganisationen, entpuppt sich das Sterbeideal des ‚eigenen Todes‘ bei näherer Betrachtung mithin als zweifelhaft. Nun lässt meine Argumentation freilich eine entscheidende Frage offen: Trifft die Analyse zu, müsste sich zeigen lassen, dass das ‚verkehrte‘ Leitbild tatsächlich einen Zwangscharakter entfaltet, unter dem Menschen leiden und der ein gutes Sterben regelrecht verhindert. Ein solcher empirischer Nachweis steht aus.

## Literatur

- Anwar, Petra/ von Düffel, John (2014): Was am Ende wichtig ist. Geschichten vom Sterben, München.
- Arnold, Uwe-Christian (2014): Letzte Hilfe. Ein Plädoyer für das selbstbestimmte Sterben, Reinbek bei Hamburg.
- Bausewein, Claudia/ Calanzani, Natalia/ Daveson, Barbara A./ Simon, Steffen T./ Ferreira, Pedro L./ Higginson, Irene J./ Bechinger-English, Dorothee/ Deliens, Luc/ Gysels, Marjolein/ Toscani, Franco/ Deulemans, Lucas/ Harding, Richard/ Gomes, Barbara (2013): ‚Burden to Others‘ as a Public Concern in Advanced Cancer: a Comparative Survey in Seven European Countries, in: BMC Cancer 8 (13), 105, doi: 10.1186/1471-2407-13-105.
- Bausewein, Claudia/ Roller, Susanne/ Voltz, Raymond (2015): Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbetreuung, München.
- Borasio, Gian Domenico (2014): Selbst bestimmt sterben. Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können, München.

- Bosshard, Georg/ Zellweger, Ueli/ Bopp, Matthias/ Schmid, Margareta/ Hurst, Samia A./ Puhan, Milo A./ Faisst, Karin (2016): Medical End-of-Life Practices in Switzerland: A Comparison of 2001 and 2013, in: *JAMA Internal Medicine* 176 (4), 555–556.
- De Ridder, Michael (2010): Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin, München.
- De Ridder, Michael (2012): Jenseits der Palliativmedizin? Ein Plädoyer für die ärztliche Beihilfe zum Suizid, in: Wehrli, Hans/ Sutter, Bernhard/ Kaufmann, Peter (Hg.): *Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende – Pro und Contra*, Zürich, 24–33.
- Der Spiegel (2014): Eine Initiative der Union befördert die Debatte um das Sterben auf Verlangen (von Nicola Abé, Jörg Blech, Markus Deggerich, Christiane Hoffmann, Anna Kistner, Horand Knaup, Peter Müller, Cornelia Schmergal, 3.2.2014).
- DGHS – Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (2015): *Mein Ende gehört mir! Angebote und Ziele rund um Patientenverfügung und selbstbestimmtes Sterben*, Berlin.
- Die Zeit (2014): *Demut vor dem Ende* (von Gabriele von Arnim, 20.11.2016).
- Dignitas (2014): So funktioniert Dignitas. Auf welcher philosophischen Grundlage beruht die Tätigkeit dieser Organisation?, Forch.
- Dreßke, Stefan (2005): *Sterben im Hospiz. Der Alltag in einer alternativen Pflegeeinrichtung*, Frankfurt a. Main.
- Dreßke, Stefan (2008a): Identität und Körper am Lebensende: die Versorgung Sterbender im Krankenhaus und im Hospiz, in: *Psychologie und Gesellschaftskritik* 32 (2/3), 109–129.
- Dreßke, Stefan (2008b): Sterbebegleitung und Hospizkultur, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 4, 14–20.
- Dreßke, Stefan (2012): Das Hospiz als Einrichtung des guten Sterbens. Eine soziologische Analyse der Interaktion mit Sterbenden, in: Schäfer, Daniel/ Müller-Busch, Christof/ Frewer, Andreas (Hg.): *Perspektiven zum Sterben. Auf dem Weg zu einer Ars moriendi nova?*, Stuttgart, 103–119.
- European Association for Palliative Care (2018): Definition of Palliative Care. <http://www.eapcnet.eu/Themes/AbouttheEAPC/DefinitionandAims.aspx> (abgerufen am 24.3.2018).
- Exit (2017): *Selbstbestimmung im Leben und im Sterben*, Zürich.
- Exit (2019): Exit hat mehr leidende Menschen begleitet. <https://exit.ch/news/news/details/exit-hat-mehr-leidende-menschen-begleitet/> (abgerufen am 18.2.2019).
- Fenner, Dagmar (2007): *Das gute Leben*, Berlin/New York.
- Field, David (1996): Awareness and Modern Dying, in: *Mortality* 1 (3), 255–265.
- Forsa (2014): Meinungen zum Thema Sterbehilfe. Repräsentative Bevölkerungsumfrage für die DAK-Gesundheit, <https://www.dak.de/dak/download/forsa-umfrage-zur-sterbehilfe-1358250.pdf> (abgerufen am 19.3.2018).
- Gehring, Petra (2010): *Theorien des Todes zur Einführung*, Hamburg.
- Gehring, Petra (2012): Tod durch Entscheiden, in: Esser, Andrea M./ Kersting, Daniel/ Schäfer, Christoph G. W. (Hg.): *Welchen Tod stirbt der Mensch? Philosophische Kontroversen zur Definition und Bedeutung des Todes*, Frankfurt a. Main/New York, 181–197.
- Göckenjan, Gerd (2008): Untersuchungen zur Sterberolle, in: Rehberg, Karl-Siegbert (Hg.): *Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie 2006*, Frankfurt a. Main, 3479–3484.
- Göckenjan, Gerd/ Dreßke, Stefan (2002): Wandlungen des Sterbens im Krankenhaus und die Konflikte zwischen Krankenrolle und Sterberolle, in: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 27, 80–96.

- Gronemeyer, Reimer/ Heller, Andreas (2014): In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann, München.
- Honneth, Axel (2002): Organisierte Selbstverwirklichung, in: Ders.: Befreiung aus der Mündigkeit. Paradoxien des gegenwärtigen Kapitalismus, Frankfurt a. Main, 141–158.
- Honneth, Axel/ Sutterlüty, Ferdinand (2011): Normative Paradoxien der Gegenwart – eine Forschungsperspektive, in: WestEnd Neue Zeitschrift für Sozialforschung 8 (1), 67–85.
- Hurst, Samia A./ Mauron, Alex (2006): The Ethics of Palliative Care and Euthanasia: Exploring Common Values, in: Palliative Medicine 20, 107–112.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2014): Deutliche Mehrheit der Bevölkerung für aktive Sterbehilfe, Allensbacher Kurzbericht, Allensbach am Bodensee.
- Kellehear, Allan (2007): A Social History of Dying, Cambridge.
- Kellehear, Allan (2009): What the Social and Behavioural Studies Say about Dying, in: Ders. (Hg.): The Study of Dying. From Autonomy to Transformation, Cambridge, 1–26.
- Klosa, Philipp R./ Klein, Carsten/ Heckel, Maria/ Bronnhuber, Alexandra C./ Ostgathe, Christoph/ Stiel, Stephanie (2014): The EAPC Framework on Palliative Sedation and Clinical Practice – a Questionnaire-Based Survey in Germany, in: Supportive Care in Cancer 22 (10), 2621–2628.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1975): Death. The Final Stage of Growth, New York.
- Kübler-Ross, Elisabeth (2012): Interviews mit Sterbenden, Freiburg.
- McNamara, Beverley (2004): Good Enough Death: Autonomy and Choice in Australian Palliative Care, in: Social Science and Medicine 58, 929–938.
- Meier, Emily A./ Gallegos, Jarred V./ Montross-Thomas, Lori P./ Depp, Colin A./ Irwin, Scott A./ Jeste, Dilip V. (2016): Defining a Good Death (Successful Dying): Literature Review and a Call for Research and Public Dialogue, in: American Journal of Geriatric Psychiatry 24 (4), 261–271.
- Müller-Busch, H. Christof (2012): Abschied braucht Zeit. Palliativmedizin und Ethik des Sterbens, Frankfurt a. Main.
- O'Mahony, Seamus (2016): The Way We Die Now, London.
- Parsons, Talcott (1951): Illness and the Role of the Physician: A Sociological Perspective, in: American Journal of Orthopsychiatry 21 (3), 452–460.
- Randall, Fiona/ Downie, Robin S. (2014): Philosophie der Palliative Care. Philosophie – Kritik – Rekonstruktion, Bern.
- Saunders, Cicely (1978): The Management of Terminal Disease, London.
- Saunders, Cicely (1996): Into the Valley of the Shadow of Death. A Personal Therapeutic Journey, in: British Medical Journal 313, 1599–1601.
- Saunders, Cicely (1998). Foreword, in: Doyle, Derek/Hanks, Geoffrey W.C./MacDonald, Neil (Hg.). Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford, iii–ix.
- Schneider, Werner (2014): Sterbewelten: Ethnographische (und dispositivanalytische) Forschung zum Lebensende, in: Schnell, Martin W./ Schneider, Werner/ Kolbe, Harald Joachim (Hg.): Sterbewelten. Eine Ethnographie, Wiesbaden, 51–138.
- Seale, Clive (1995): Heroic Death, in: Sociology 29, 597–613.
- Seel, Martin (2002): Sich bestimmen lassen. Studien zur theoretischen und praktischen Philosophie, Frankfurt a. Main.
- Steinfath, Holmer (2011): Theorien des guten Lebens in der neueren (vorwiegend) analytischen Philosophie. Wünsche, Freuden und objektive Güter, in: Thomä, Dieter/ Henning, Christoph/ Mitscherlich-Schönherr, Olivia (Hg.): Glück. Ein interdisziplinäres Handbuch, Stuttgart/Weimar, 297–302.

- Streeck, Nina (2016): Sterben, wie man gelebt hat. Die Optimierung des Lebensendes, in: Jakoby, Nina/ Thönnies, Michaela (Hg.): Zur Soziologie des Sterbens. Aktuelle theoretische und empirische Beiträge, Wiesbaden, 29–48.
- Student, Johann-Christoph/ Napiwotzky, Annedore (2007): Palliative Care. Wahrnehmen – verstehen – schützen, Stuttgart/New York.
- Thoreson, Lisbeth (2003): A Reflection on Cicely Saunders' Views on a Good Death through the Philosophy of Charles Taylor, in: International Journal of Palliative Nursing 9 (1), 19–23.
- Van Brussel, Leen/ Carpentier, Nico (2012): The Discursive Construction of the Good Death and the Dying Person. A Discourse-Theoretical Analysis of Belgian Newspaper Articles on Medical End-of-Life Decision Making, in: Journal of Language and Politics 11 (4), 479–499.
- Walter, Tony (1994): The Revival of Death, London/New York.
- Walter, Tony (2003): Historical and Cultural Variants on the Good Death, in: British Medical Journal 327, 218–220.
- Walters, Geoffrey (2004): Is There Such a Thing as a Good Death?, in: Palliative Medicine 18, 404–408.
- WHO (2015): Definition of Palliative Care.<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (abgerufen am 11.10.2015).
- WHO (2018): WHOQOL: Measuring Quality of Life. <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> (abgerufen am 23.3.2018).
- Woods, Simon (2007): Death's Dominion. Ethics at the End of Life, Maidenhead.